

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Uwaga : zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

.....

.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?
(data)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
Tak / Nie *

W/w Pan/i wymaga/nie wymaga * opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.
Tak / Nie *

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

niepotrzebne skreślić